

ПЕРЕДНЯЯ ВИТРЕОЭКТОМИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ КАТАРАКТ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ САМОАДАПТИРУЮЩИХСЯ РАЗРЕЗОВ ФИБРОЗНОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА

Ахременко Н.В., Морхат В.И.

В микрохирургии осложненных катаракт при удалении люксированных хрусталиков, травматических катаракт, при высоком ВГД витреэктомия нередко является неизбежным этапом операции. Возможность ущемления волокон СТ в операционном рубце и последующий длительно протекающий витреотракционный синдром, требует от офтальмохирургов поиска решений по профилактике последствий этого серьезного осложнения

В нашем исследовании проведен анализ хирургического лечения 89 пациентов с осложненной катарактой различной этиологии, которым в ходе операции или в послеоперационном периоде выполнялась передняя витреоэктомия (ПВ) через самоадаптирующийся разрез фиброзной оболочки.

По поводу травматической катаракты прооперировано 26 пациентов, 31 - по поводу дислокации хрусталика, у 4 пациентов катаракта явилась осложнением миопии, у 5 – рецидивирующего увеита. У 19 пациентов передняя витреоэктомия выполнялась при хирургической обработке проникающих ранений глаз, в 6 случаях сопровождавшихся удалением инородного тела.

Средний возраст пациентов составил 59 лет (мужчин – 49).

В качестве операционного доступа у 29 пациентов для факоэмульсификации осложненных катаракт с «мягким» ядром применяли роговичный самоадаптирующийся разрез длиной до 4 мм. В остальных случаях доступ в переднюю камеру осуществляли корнеосклеральным разрезом, состоящим из двух сходящихся под углом роговичных разрезов, фиксируемых в точке их соединения на склере предварительным швом.

Для устранения выпадения СТ во время операции его иссечение ирис-ножницами, как правило, оказывалось неэффективно.

Более эффективной и атравматичной оказалась ультразвуковая витреотомия проведенная аппаратом УЗХ-Ф-05 у 69 больных. Переднюю витреоэктомию производили после затягивания предварительно наложенного шва с введением ирригационной иглы в переднюю каме-

ру, а наконечника витреотома — через операционную колобому радужки в заднюю камеру. Круглая форма зрачка и его центральное положение в большинстве случаев достигалось после инсталляции пилокарпина.

В первые дни после выпадения СТ ПВ выполнялась у 9 больных как профилактическая мера при зрачковом блоке, наличии остаточных масс хрусталика, эктопии зрачка, позволяла восстановить связь между камерами глаза, нормализовать ВГД, удалить плотные слои СТ, устранить тракционное воздействие на цилиарное тело.

У 12 больных после успешно выполненной ЭК в более поздние сроки после операции, вследствие спонтанного разрыва передней мембраны СТ, наблюдался выход СТ в переднюю камеру с фиксацией его волокон к эндотелию роговицы и снижением зрения, из-за тракционного синдрома, отека макулы и кератопатии (синдром Ирвина-Гасса). Это потребовало проведения ПВ.

ПВ в этих случаях проводилась через амбразурный скошенный в слоях роговицы самоадаптирующийся разрез.

В послеоперационном периоде у всех больных отмечалась хорошая адаптация скошенных разрезов и, как следствие, не наблюдалось ущемления волокон СТ в операционной ране.

Улучшение зрительных функций достигли у 69 пациентов (77 %) и 5 пациентов не отметили улучшения от операции из-за серьезных травматических повреждений сетчатки и зрительного нерва. Острота зрения 0,4 и выше была достигнута у 32 пациентов.

Таким образом, выполнение ПВ через самоадаптируемые разрезы фиброзной оболочки, обеспечивающие широкий хирургический доступ в переднюю камеру, позволяет, одновременно, снизить операционную травму. В последующем, хорошая адаптация краев раны препятствует ущемлению волокон СТ в операционной ране, являясь профилактикой многих послеоперационных осложнений.